

Location of CPA	HT	WT	BMI	HGB	Mom's BMI	Dad's BMI
-----------------	----	----	-----	-----	-----------	-----------

**Departamento de Salud de Ohio • Sección de Servicios de Nutrición**  
**Historial de Salud de WIC para Infantes**

Nombre del bebé		Fecha	
Su nombre		Su relación al bebé (96)	
Fecha de nacimiento	Fecha que se suponía que el bebé naciera (50)	Peso al nacer (51, 59)	Medida de largo al nacer (52)
Médico o clínica del bebé		Fecha de la última visita al médico o clínica	¿Participó en el programa de WIC durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (61)

**Porfavor conteste las siguientes preguntas**

Mi bebé amamanta Cada _____ horas o _____ veces al día y _____ veces en la noche <input type="checkbox"/> No amamanta (71, 75)
Marque lo que aplique al bebé que amamanta <input type="checkbox"/> Debilidad chupando <input type="checkbox"/> Lenta ganancia de peso <input type="checkbox"/> Problemas al prederse del pezón <input type="checkbox"/> Mi bebé no tiene ningún problema <input type="checkbox"/> No amamanta <input type="checkbox"/> Otro _____ (56, 74)
¿Ha lactado o amamantado al bebé alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sigue lactado o amamantado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Porqué dejó de amamantar? _____ ¿Que edad tenía el bebé cuando dejó de amamantar? _____
¿Nació el bebé tres o más semanas antes? <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas semanas? _____ <input type="checkbox"/> No (50)
Marque cualquier problema de salud que su bebé tenga. <input type="checkbox"/> Cólico <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Dientes/encías <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento <input type="checkbox"/> Lenta ganancia de peso <input type="checkbox"/> Jaundice (condición con piel amarilla) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (56, 68, 91, 93, 94)
Liste las medicinas de su bebé <input type="checkbox"/> Ninguna (93)
¿Tiene el bebé todas las vacunas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Examinó el médico el nivel de plomo en la sangre del bebé? <input type="checkbox"/> Sí Resultados _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé (21)
¿Limpia las encías y los dientes de su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque todo lo que consume el bebé. <input type="checkbox"/> Vitaminas (vitamina D) <input type="checkbox"/> Gotas de hierro <input type="checkbox"/> Gotas de fluoruro <input type="checkbox"/> Hierbas <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Otro _____ (30)
Liste las alergias a alimentos del bebé. <input type="checkbox"/> Ninguna (93)
¿Cuántas veces al día está el pañal del bebé mojado o sucio? (74)

<p>¿Si le dá la botella a su bebé, qué hay en la botella?</p> <p><input type="checkbox"/> Leche materna    <input type="checkbox"/> Fórmula    <input type="checkbox"/> ¿Cuál fórmula? _____    <input type="checkbox"/> No uso la botella</p> <p>¿Cuántas onzas cada vez que se alimenta? _____    ¿Cuán a menudo se alimenta? _____</p>	(38)
<p>¿Si mezcla la fórmula, qué tipo de agua usa?</p> <p><input type="checkbox"/> De pozo    <input type="checkbox"/> De la ciudad    <input type="checkbox"/> Destilada    <input type="checkbox"/> Spring    <input type="checkbox"/> Nursery    <input type="checkbox"/> No mezcla la fórmula</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>	(38)
<p>¿Tiene instrucciones especiales del doctor para mezclar la fórmula?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	(38)
<p>¿Tiene alguna pregunta acerca de como mezclar la fórmula de su bebé?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	(38)
<p>Si alimenta al bebé con botellas, marque lo que aplique.</p> <p><input type="checkbox"/> Me lavo las manos antes de preparar la botella.    <input type="checkbox"/> Reuso fórmula que quedó en la botella.    <input type="checkbox"/> Yo esterilizo las botellas y el biberón o pezón de goma.</p> <p><input type="checkbox"/> Lavo las botellas con agua bien caliente y jabón.    <input type="checkbox"/> Yo uso el microonda para calentar las botellas.    <input type="checkbox"/> Yo no uso botellas.</p>	(38)
<p>¿Además de leche materna o fórmula, que más pone en la botella?</p> <p><input type="checkbox"/> Jarabe de maíz (Karo® syrup)    <input type="checkbox"/> Jugo    <input type="checkbox"/> Ponche    <input type="checkbox"/> Leche de vaca    <input type="checkbox"/> Agua de gelatina (Jell-O®)</p> <p><input type="checkbox"/> Azucar    <input type="checkbox"/> Soda/cola    <input type="checkbox"/> Leche de cabra    <input type="checkbox"/> Té o café    <input type="checkbox"/> Cereal</p> <p><input type="checkbox"/> Miel    <input type="checkbox"/> Agua    <input type="checkbox"/> Gatorade®    <input type="checkbox"/> Kool-Aid®    <input type="checkbox"/> Alimento de bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____    <input type="checkbox"/> Nada</p>	(36, 38)
<p>Marque todo lo que aplique.</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé es alimentado con una cuchara    <input type="checkbox"/> El bebé usa un "infant feeder"</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé toma de un vaso o taza    <input type="checkbox"/> El bobo o chupete del bebé se sumerge en _____</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé se alimenta él mismo    <input type="checkbox"/> El bebé se acuesta chupando el biberón/botella</p> <p><input type="checkbox"/> La botella es sujetada con algo y el bebé chupa la botella solo    <input type="checkbox"/> El bebé es usualmente alimentado en otro sitio, no en su casa</p>	(36, 38)
<p>Si su bebé ya empezó estos alimentos, a que edad empezó</p> <p>Cereal _____    Vegetales _____    Frutas _____    Jugo _____    Carnes _____    Diners _____    Postres _____    Leche de vaca _____</p>	(38, 38)
<p>¿Tiene una estufa o microonda y refrigerador que trabaja en su casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	(38)
<p>¿Si alguien en su casa fuma, dónde fuman?</p> <p><input type="checkbox"/> Adentro    <input type="checkbox"/> Afuera    <input type="checkbox"/> En el carro    <input type="checkbox"/> Nadie fuma</p>	(46)
<p>¿Durante los últimos seis meses, ha sido su bebé físicamente, sexualmente o verbalmente abusado o abandonado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	(67)
<p>¿Tiene preguntas o preocupaciones?</p> <p>_____</p>	